

Service Profile

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลปากพูนัง

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใต้ระบบการควบคุม การประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามการรักษา พยากรณ์โรค และประเมินสภาวะสุขภาพ

เป้าหมาย ผลการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ ถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา จุลชีววิทยาคลินิก จุลทรรศน์วิทยาคลินิก ธนาการเลือด และส่งตรวจต่อไปยังหน่วยงานอื่นในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้และเป็นแหล่งข้อมูลสถิติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ศักยภาพ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 200 คน และงานผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 70 คน

งานโลหิตวิทยาคลินิก ได้แก่ CBC,OF,DCIP,Malaria, microfilaria, ESR,VCT,PT ,APTT,Bleeding Time,MB, งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ได้แก่ UA,Stool exam,Wet smear,UPT,Occult Blood,Meth Test ,Marijuana Test,Body fluid Examination,Fern Test

งานเคมีคลินิก ได้แก่ FBS,BUN,Cr,Lipid,Electrolyte,LFT,Uric acid,HbA_{1c},Calcium,Phosphorus ,Mg

งานจุลชีววิทยาคลินิก ได้แก่ Gram's Stain,AFB,KOH,Modified AFB ,India ink,Tzank's smear

งานธนาการเลือด ได้แก่ Blood group(ABO,Rh),Coom's Test(direct,indirect),Cross match

งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ได้แก่ Anti HIV,Hepatitis B Profile,Anti HCV,TFT,Troponin T ,VDRL, Widal's test,Weil felix test ,Lepto test,RF,CRP

ข้อจำกัด

เนื่องจาก จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดเครื่องมือที่จำเป็น และสถานที่ที่ไม่เอื้ออำนวย กับการให้บริการทำให้ไม่สามารถเปิดบริการตรวจได้ครบทุกรายการตามที่แพทย์สั่ง เช่น การเพาะเชื้อแบคทีเรีย,การรับบริจาคเลือดเอง เป็นต้น สำหรับรายการตรวจที่ทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ได้ มีการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจเพื่อนำส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้แก่ Hb Typing, Cytology เป็นต้น บริษัท กรุงเทพอาร์ไอเอ แล็บ จำกัด ส่งตรวจ Culture ต่างๆ ,CEA,PSA,AFP,amylase,Lipase และ สคร.ที่ 11 ส่งตรวจ viral load ,CD4,Gene X pert,

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
แพทย์	<ul style="list-style-type: none">- ความถูกต้อง แม่นยำของผลการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย- ความรวดเร็วของผลการตรวจ- มีจำนวนบุคลากรพอเพียงต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ- การให้บริการตรวจที่ครอบคลุม เพียงพอกับความต้องการ- มีเลือดเพียงพอต่อการต้องการใช้ของแพทย์
พยาบาล	<ul style="list-style-type: none">- ความรวดเร็วของผลการตรวจ- ความสะดวก รวดเร็ว และเป็นกันเองในการติดต่อประสานงาน- คำแนะนำในการเก็บ รักษาและนำส่งสิ่งส่งตรวจ โดยเฉพาะการตรวจ

	พิเศษ
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	- ได้รับการบริการที่รวดเร็ว - พุดจาไฟเราะอ่อนหวาน - ให้ความเป็นกันเองในการติดต่อประสานงาน

ลูกค้าภายนอก

ผู้ป่วย	- ผลการตรวจรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน - ผลการตรวจถูกต้อง - ให้บริการด้วยความเต็มใจ พุดจาไฟเราะอ่อนหวาน - ให้คำแนะนำกรณีสงสัย หรือไม่เข้าใจ - เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการทำงาน - ทราบระยะเวลาที่แน่นอนในการรอผลการตรวจ - ความเสมอภาคในการให้บริการ
จนท.จากสถานีนอนามัย	- ได้ผลถูกต้อง ทันเวลาที่กำหนด - พุดจาไฟเราะ ให้ความเป็นกันเองในการติดต่อประสานงาน - ให้คำแนะนำในการเก็บส่งตรวจ และรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
หน่วยงานราชการอื่นๆ	- ความสะดวก รวดเร็ว และเป็นกันเองในการติดต่อประสานงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ

ประเด็นคุณภาพ : กระบวนการตรวจวิเคราะห์ถูกต้องตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์

1. อัตราความสอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเทคนิคการแพทย์ มากกว่า 90 %

ประเด็นคุณภาพ : การประกันคุณภาพผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องและ แม่นยำ

1. อัตราผล IQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่า 80 %
2. อัตราผล EQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่า 80 %

ประเด็นคุณภาพ : ความทันเวลา

1. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ทันเวลาที่กำหนด มากกว่า 90 %
2. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ทันเวลาที่กำหนด มากกว่า 80 %

ประเด็นคุณภาพ : ผู้รับบริการพึงพอใจ

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก มากกว่า 85 %
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน มากกว่า 85 %

ประเด็นคุณภาพ : ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

1. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 0 ครั้ง
2. อัตราการภูมิคุ้มกันของเจ้าหน้าที่ 100 %
3. คะแนนประเมินของระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ มากกว่า 95 %

ประเด็นคุณภาพ : ความปลอดภัยของผู้ป่วย

1. อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ มากกว่า 95 %
2. อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์ มากกว่า 95 %
3. อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย มากกว่า 95 %

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

- ไม่มีเลือดให้ผู้ป่วย แก้ไขจัดหาเลือดให้ตอบสนองให้เพียงพอต่อความต้องการใช้เลือด
- ผลการตรวจวิเคราะห์ล่าช้า แก้ไขโดยเก็บข้อมูล Turn around time เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน
- สิ่งส่งตรวจไม่ได้คุณภาพ ทำให้ผลการตรวจวิเคราะห์คลาดเคลื่อน แก้ไขโดยกำหนดแนวทางปฏิบัติการ ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ จัดทำคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแจกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จุดเน้นในการพัฒนา

- การควบคุมคุณภาพกระบวนการตรวจวิเคราะห์ ให้สอดคล้องกับมาตรฐานเทคนิคการแพทย์
- ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้
- ผลการตรวจรวดเร็ว ทันต่อความต้องการใช้ของแพทย์

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน/เทคโนโลยี/เครื่องมือ)

บุคลากรทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย

- นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 5 คน (ข้าราชการ 4 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน)
- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 2 คน (ข้าราชการ 2 คน)
- พนักงานวิทยาศาสตร์ จำนวน 2 คน (พทส. 1คน ลูกจ้างรายวัน 1 คน)

การจัดอัตรากำลัง

เวร	นักเทคนิคการแพทย์/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	พนักงานวิทยาศาสตร์
เข้าเวลาราชการ	7	2
07.00-08.00 น	2	1
เข้านอกเวลาราชการ	2	1
16.00-20.00 น	2	-
20.00 -24.00 น	1	-
On Call 24.00-08.00 น	1	-

เครื่องมือหลักทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่

รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน
1.เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ ได้แก่ เครื่อง Sysmex xn550	1
2. Automatic Biochemistry Analyzer ได้แก่ เครื่อง Seimen dimension EXL 200	1
3. เครื่องตรวจ Thyroid function test , Anti-HIV หลักการ ECLIA ได้แก่ เครื่อง Cobas e411	1
4. Automatic Urine chemistry Analyzer ได้แก่ เครื่อง Dirui H500	1
5. Microbilirubin	1
6. CA 540 (PT/PTT)	1
7. Hematocrit centrifuge	1
8. Hood	1
9. Centrifuge	5
11. Rotator	1
12. Water Bath	1
13. กล้องจุลทรรศน์	3

14. ตู้เย็นเก็บเลือด	1
15. ตู้เย็นเก็บน้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2
16. Serofuge	1
17. คอมพิวเตอร์	8
18. Vertex	1

สถิติปริมาณงานห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล 5 ปี ย้อนหลัง (2559-2563)

	2559	2560	2561	2562	2563
1. ภูมิคุ้มกันวิทยา	4481	4202	8296	7721	9345
2. เคมีคลินิก	137757	133566	139343	162262	145996
3. จุลชีววิทยาคลินิก	2914	1283	2930	4011	6601
4. โลหิตวิทยาคลินิก	18508	21158	22941	33093	27342
5. จุลทรรศน์ศาสตร์	16193	16246	20317	21343	21040
6. ธนาคารเลือด	5028	4185	6041	7823	8957
7. ส่งตรวจภายนอก	3197	3712	4734	6508	3345

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p><u>1. กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์</u></p> <p><u>1.1 การควบคุมคุณภาพสิ่งส่งตรวจ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดหาภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ - จัดอบรมให้ความรู้การจัดเก็บและนำส่งส่งตรวจแก่ผู้เกี่ยวข้อง - มีคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - การรับและลงทะเบียนสิ่งส่งตรวจ <p><u>1.2 การเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ครุภัณฑ์ น้ำยาตรวจ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การสอบเทียบอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ เครื่องมือหลัก - ระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน - การคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา ครุภัณฑ์ น้ำยาวิทยาศาสตร์และอุปกรณ์สิ้นเปลืองต่างๆ 	<p>มีสิ่งส่งตรวจ ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยที่ดี ถูกชนิด และมีปริมาณเพียงพอ</p> <p>- มีอุปกรณ์เครื่องมือที่มีคุณภาพ</p> <p>- มีเครื่องมือตรวจวิเคราะห์พอเพียง และทันสมัยโดยจัดให้มีเครื่องมือหลักและเครื่องมือสำรอง</p> <p>- มีการจัดระบบการเบิกจ่ายน้ำยา และอุปกรณ์การตรวจ ให้มีน้ำยา/อุปกรณ์การตรวจพอใช้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เก็บสิ่งส่งตรวจผิดคน - สิ่งส่งตรวจบกพร่อง เก็บไม่ถูกต้อง ผิดคน ไม่label สิ่งส่งตรวจ Hemolysis EDTA Blood Clot - เก็บสิ่งส่งตรวจผิดเวลา/ นำส่งล่าช้า - ปริมาณสิ่งส่งตรวจไม่พอตรวจ - การตรวจรับสิ่งส่งตรวจไม่ละเอียด รอบคอบ - ไม่บันทึกการตรวจรับสิ่งส่งตรวจและระบุปัญหาที่พบ - เครื่องตรวจวิเคราะห์ขัดข้องไม่พร้อมใช้งาน - เครื่องมือมีไม่เพียงพอ - การสอบเทียบเครื่องมือไม่ครบทุกชนิด - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา เครื่องตรวจ - น้ำยาตรวจวิเคราะห์ขาด Stock 	<p>อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ $\geq 95\%$</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนเครื่องมือหลักได้รับการสอบเทียบ 100 % - จำนวนครั้งที่เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้นานเกิน 2 ชม. < 3 ครั้ง/ปี/เครื่อง - จำนวนครั้งที่น้ำยาขาด Stock นานเกิน 1 วัน < 2 ครั้ง/ปี/Test

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>2. กระบวนการตรวจวิเคราะห์</p> <p><u>2.1 การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การควบคุม คุณภาพภายใน (IQC) - การควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) - การจัดหาเลือดคุณภาพ และพอเพียง -การตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจ <p><u>2.2 ควบคุมการรายงานผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงผลตรวจในใบรายงานผล - การตรวจสอบ / รับรองผลการตรวจ - การจัดเก็บใบรายงานผล -การรายงานค่าวิกฤติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจวิเคราะห์ ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว - มีเลือดที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเพียงพอทันการณ์ -ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ วิธีปฏิบัติที่กำหนด <p>ผู้รับบริการได้ผลการตรวจวิเคราะห์ ถูกต้อง ครบถ้วนรวดเร็ว และพึงพอใจในการให้บริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมสิ่งส่งตรวจสลับคน/ตรวจวิเคราะห์ ผิดคน/ผิดตัวอย่าง ผิดขั้นตอน - IQC/EQA ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด -บุคลากรขาดความชำนาญในการตรวจวิเคราะห์ -เลือดขาด Stock <ul style="list-style-type: none"> -ตรวจวิเคราะห์ไม่ครบตาม order - การคัดลอกผลลง key in ผิดพลาด - ไม่มีการรายงานค่าวิกฤติ - ผลการตรวจสูญหาย -ผลการตรวจวิเคราะห์ช้ากว่าเวลาที่กำหนด -การ Report และ Approve ผิดพลาด 	<ul style="list-style-type: none"> -อัตราผล IQC ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด >80 % -อัตราผล EQC ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด > 80 % -อัตราความพอเพียงต่อการขอใช้เลือด > 90 % <ul style="list-style-type: none"> - อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์ ≥ 95 % -อัตราการงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ตามเวลาที่กำหนด ≥ 80% -อัตราการงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ตามเวลาที่กำหนด ≥ 90% -การรายงานค่าวิกฤติ 100 %
<p><u>3. กระบวนการหลังการตรวจวิเคราะห์</u></p> <p>3.1 การควบคุมหลังกระบวนการตรวจวิเคราะห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดเก็บ/ทำลาย สิ่งส่งตรวจ - ล้างวัสดุอุปกรณ์ -การจ่ายเลือดไปยังหอผู้ป่วย -การรักษาความลับของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อทวนสอบ -มีการรายงานความเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เก็บสิ่งส่งตรวจหลังตรวจวิเคราะห์ - ไม่ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการล้างอุปกรณ์/ล้างอุปกรณ์ไม่สะอาด - ทำลายตัวอย่างส่งตรวจไม่ถูกวิธี - ละเลยการรักษาสิทธิของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> -อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย ≥ 95% -อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ = 0 -จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับข้อมูลความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย=0 ราย/ปี

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน					สรุปผลการประเมิน
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	
1. อัตราความสอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 (Check list 100 ข้อ)	> 90 %	96.97	96.46	96.97	94.44	98.99	มีการดำเนินการปฏิบัติการแก้ไขผลการประเมินทางห้องปฏิบัติการตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับทั้งหมด 4 ข้อ
2. อัตราผล IQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	NA	NA	NA	93.94	92.15	
3. อัตราผล EQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	NA	NA	NA	85.87	86.57	
4. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ทันเวลาที่กำหนด	≥ 90 %	NA	NA	NA	91.81	90.42	
5. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ทันเวลาที่กำหนด	≥ 80 %	NA	NA	NA	97.95	95.27	
6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 85 %	92.8	89.5	89.0	91.0	91.5	ความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งได้มีการระบุข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็นจาก
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	≥ 85 %	88.7	88.1	90.0	89.9	88.4	หน่วยงานต่างๆอย่างเช่น การเพิ่มความรวดเร็วในการส่งตรวจและรายงาน Out Lab และแจ้งให้หน่วยงานทราบหลังจากได้รับผลแล้ว การจัดให้มีระบบ One Stop Service ในคลินิก ANC และ ARV ส่วนผลการสำรวจความพึงพอใจในหัวข้อที่ได้คะแนนน้อยสุดคือ ความรวดเร็วในการรับบริการ ซึ่งยังเป็นปัญหาอยู่เนื่องจากการแยกส่วนพื้นที่

							ปฏิบัติงานระหว่างห้องเจาะเลือดและห้องปฏิบัติการ ทำให้ต้องใช้เวลาเดินรับส่ง lab
8.จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	0 ครั้ง	0	0	1	0	0	
9.อัตราการภูมิคุ้มกันของเจ้าหน้าที่	100 %	100	100	100	100	100	
10.คะแนนประเมินของระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ	≥ 95 %	96.02	96.55	95.75	99.09	99.09	
11.อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ	≥ 95 %	99.938	99.957	99.958	99.955	99.28	
12.อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์	≥ 95 %	99.987	99.973	99.965	99.965	99.98	
13.อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 95 %	99.77	99.89	99.82	99.86	99.88	

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- ปัจจุบัน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้ดำเนินการติดตั้งระบบ LIS เชื่อมต่อกับระบบ HIS เพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการ มีการส่งผลการตรวจจากเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ ได้แก่ เครื่อง EXL200, Cobas e411Dirui H500, Sysmex XN500 ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมรายการตรวจเกือบทั้งหมดของห้องปฏิบัติการ มีส่วนน้อยที่ต้องลงบันทึกรายงานผลด้วย manual ซึ่งการวางระบบ LIS ทำให้สะดวกกับผู้ปฏิบัติงาน ลดความผิดพลาดในการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ สามารถรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้เร็วขึ้น ลดภาระงานในการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ลงใน Hosxp มีเวลาในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของผลการตรวจ ทั้งยังสามารถนำข้อมูลใน LIS มาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อการพัฒนาทางห้องปฏิบัติการในลำดับต่อไป

- จัดทำแผนในการตรวจติดตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(รพ.สต.)และศูนย์สุขภาพตำบล(ศสม.) ปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งมีการทำแผนการควบคุมคุณภาพภายในเครื่องตรวจ DTX UPT และ Albumin/Sugar เดือนละ 1 ครั้ง หรือทำทุกครั้งที่มีการ Test กำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพโดยการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการปีละ 2 ครั้ง

- มีการพัฒนาระบบการรายงานผล Out Lab โดยเฉพาะในรายการ Hemo culture เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจ Out Lab ให้ รพ.มหาราช และลดระยะเวลาในการรายงานผล ให้แพทย์ได้รับทราบผลทันเวลาในกรณีที่ No growth ซึ่งมีการปรับให้มีการเปิดการตรวจ Hemo Culture เองโดยนำเครื่องตรวจการเพาะเชื้อในเลือดอัตโนมัติ และส่งต่อ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชกรณี Hemo growth

4.2 การพัฒนาคุณภาพระหว่างดำเนินการ

- มีการรายงานความเสี่ยงโดยผ่านโปรแกรม Healthcare Risk Management System
- มีการนำระบบ IQC Link LIS ของ โปรแกรม Lab Plus
- มีการทำ CQI การทิ้งเลือดหมดอายุ โดยได้ปรับเปลี่ยนยกเลิกการนำเลือดไป Stock ที่ Ward
- จัดทำโปรแกรมสามาสนเทศมาใช้ในงานธนาคารเลือดให้ครอบคลุมการใช้งาน การลงบันทึกข้อมูล การเบิกจ่ายเลือด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประมวลผล และการติดตามตัวชี้วัดต่าง

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนปฏิบัติงานประจำปี กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ประจำปีงบประมาณ 2564

ยุทธศาสตร์	ผลที่ต้องการ	กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดผล	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
1.พัฒนาระบบบริการและศักยภาพห้องปฏิบัติการ	*ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด *ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติมีความถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือ *ระบบงานชั้นสูทรมีการทบทวนและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	-นำระบบ LA,HA และ IC มาปรับใช้ -สมัครเข้าร่วม EQC ขององค์กรภายนอก	-พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ	-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 85\%$	-ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ -จนท.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	เงินบำรุง
			-สมัครเข้าร่วมโครงการ EQC ปีละ 1 ครั้ง	-ความครอบคลุมการทำ EQC > 90%	-ปีงบประมาณ 2564		เงินบำรุง
			<ul style="list-style-type: none"> • สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ -งานโลหิตวิทยาคลินิก ประเมิน 3 ครั้ง/ปี -งานเคมีคลินิก ประเมิน 3 ครั้ง/ปี - งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ประเมิน 3 ครั้ง/ปี -งานจุลชีววิทยาคลินิก ประเมิน 3 ครั้ง/ปี -งานธนาคารเลือด ประเมิน 3 ครั้ง/ปี -งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ประเมิน 3 ครั้ง/ปี -งานการตรวจการติดเชื้อ ประเมิน HIV 3 ครั้ง/ปี	<ul style="list-style-type: none"> • สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ -งานโลหิตวิทยาคลินิก SDI < 1.0 -งานเคมีคลินิก MVIS < 100, VIS < 100 -งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก Score > 3.0 -งานจุลชีววิทยาคลินิก Score > 3.0 -งานธนาคารเลือด Score = 4.00 -งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ผลถูกต้อง -งานการตรวจการติดเชื้อ Score = 100			
-มีการทำ Interlab Compare สำหรับรายการตรวจที่ไม่มี EQA	จัดทำ Inter-lab compare ร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายหรืออย่างน้อย 3 รพ. ในรายการตรวจที่ไม่มี EQC ได้แก่ ESR OF DCIP HBsAg HBsAb HBcAb HCV Leoto Widal Weil Felix เป็นต้น	ความครอบคลุมในการทำ Inter-lab compare > 80 %	-ปีงบประมาณ 2564	เงินบำรุง			
-จัดให้มีการทำและติดตามคุณภาพภายใน	-จัดหาสารคุณภาพเพื่อใช้ในการทำ IQC ให้ครอบคลุม	-ความครอบคลุมการทำ IQC > 85%	-ปีงบประมาณ 2564	เงินบำรุง			
		-วางแผนการทำ IQC และประเมินผล				เงินบำรุง	

		-มีการตรวจติดตามภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	-จัดทำแผนการตรวจติดตามภายในร่วมกับทีม Intrenal serveyor ภายในโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง -จัดทำแผนการตรวจติดตามตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์2560(Checklist 100 ข้อ) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีละ 1 ครั้ง	-มีการปฏิบัติตามตามแผน	ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	เงินบำรุง
		-จัดทำแผนการบริหารจัดการเกี่ยวกับการใช้และสำรองเลือด -มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง CQI -มีการทบทวนแผนงานคุณภาพ -มีการเปรียบเทียบผล จากวิธีวิเคราะห์/เครื่องมือ ที่แตกต่างกันภายในหน่วยงานหรือต่างหน่วยงาน	-บริหารจัดการเกี่ยวกับการใช้และสำรองเลือดให้เพียงพอต่อความต้องการ -จัดทำ CQI ในเรื่องต่างๆ ที่เป็นปัญหาเพื่อแก้ปัญหาลดน้อยปีละ 1 เรื่อง -จัดทำแผนให้มีการทบทวนระบบคุณภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง -จัดทำแผนการเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ค่า Hct จากหน่วยงานต่าง และ ค่า FBS ในแต่ละวิธีการวิเคราะห์ ปีละ 1 ครั้ง	-มีเลือดสำรองเพียงพอต่อผู้ใช้บริการ -ผลการประเมินในการทำ CQI แต่ละเรื่อง -มีการทบทวนตามแผน -มีการปฏิบัติตามตามแผน	ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	เงินบำรุง
2.พัฒนาบุคลากร	-บุคลากรมีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานและมีความตั้งใจมุ่งมั่นในภาพพัฒนางานทางด้านคุณภาพ	-พัฒนาบุคลากรโดยสนับสนุนการศึกษาต่อ เข้ารับการฝึกอบรม/ประชุมในแต่ละสาขางาน และเข้ารับการฝึกอบรม/ประชุมเกี่ยวกับงานคุณภาพ(LA,HA,IC) -ตรวจติดตามประเมินผลงาน	-ส่งบุคลากรเข้าอบรมเพิ่มความรู้หรือศึกษาต่อในแต่ละงาน โดยดูจากลำดับก่อน-หลัง ภายหลังจากประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ -ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับงานคุณภาพหรือการเพิ่มทักษะ ศักยภาพ และการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งคน -ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่(นักเทคนิคการแพทย์ ,จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์) โดยดูจากคะแนนในการทำ EQC ของแต่ละสาขา	-บุคลากรเข้ารับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับงานแต่ละสาขางานหรืองานทางด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง/คน (รวมค่าใช้จ่ายในการอบรม/ประชุมไม่เกิน 10,000 บาท/คน/ปี) -ผลการประเมินของบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมิน	ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	เงินบำรุง

		การปฏิบัติงานของบุคลากร -สร้างแรงจูงใจ(ขวัญกำลังใจ ค่าตอบแทน) -รับฟังความคิดเห็นทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน	งาน หรือจากการทำข้อสอบความรู้ทางวิชาการ -ประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานผู้ช่วยใน หน่วยงานปีละ 2 ครั้ง				
3.พัฒนา สิ่งแวดล้อม และ ปรับปรุง ความ ปลอดภัยใน โรงพยาบาล	-สิ่งแวดล้อม สะอาด น่าอยู่ ปลอดภัย สวยงาม ถูกหลัก สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม และอา ชีวอนามัย -ไม่พบการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	-นำหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยมาใช้ในการ วางแผนพัฒนาภายในองค์กร -นำหลัก 5 ส มาใช้ภายใน หน่วยงาน -นำหลัก Universal Precaution มาใช้ในการ ควบคุม ป้องกันการเผยแพร่ กระจายเชื้อ -มีการประเมินความปลอดภัย ทางห้องปฏิบัติการ	-จัดทำแผน บัญชีความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน ภายในหน่วยงาน -กิจกรรม 5 ส ภายในหน่วยงาน -บุคลากรปฏิบัติตามหลัก UP อย่างเคร่งครัด -จัดทำ WI การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ภายในห้องปฏิบัติการ -มีการจัดทำแผนการประเมินและตรวจติดตาม ระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ ปีละ 1 ครั้ง	-จัดระดับความเสี่ยง และค้นหาความเสี่ยง พร้อมทั้งระบุมาตรการป้องกันให้ ครอบคลุม 100 % -มีการจัดการกับความเสี่ยงที่พบภายใน หน่วยงานให้ครอบคลุม 100 % -พื้นที่ปฏิบัติงาน สะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย -มี WI การป้องกันและการควบคุมการติด เชื้อภายในหน่วยงาน 100 % -มีการประเมินตามแผน	ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ -จนท.กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ หัวหน้างาน	เงินบำรุง เงินบำรุง
4.พัฒนา ระบบ สนับสนุน	-เครื่องมือ อุปกรณ์ ได้มาตรฐานและ เพียงพอพร้อมใช้ งาน	-สอบเทียบเครื่องมือ อุปกรณ์ ในหน่วยงาน -ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมา ปรับใช้ในงานคุณภาพ และ บริการของหน่วยงาน	-จัดทำแผนสอบเทียบเครื่องมือ อุปกรณ์ ปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับทีม ENV -จัดทำคู่มือและบันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ในหน่วยงาน -จัดหาเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้ในหน่วยงาน	-เครื่องมือ อุปกรณ์ ผ่านการสอบเทียบ 100 %	จ.ค. 63	-จนท.กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ และทีม ENV	เงินบำรุง
5.พัฒนา เครือข่าย ห้องปฏิบัติ การ LAB รพ.	-เครือข่าย LAB รพ. สต.ได้มาตรฐาน	-พัฒนาตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดตามในหมวด ห้องปฏิบัติการ	-จัดทำแผนประเมินงานตรวจทางห้องปฏิบัติ สำหรับ รพ.สต.ปีละ 1 ครั้ง -จัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ สำหรับ รพ.สต. และมาตรฐาน	- รพ.สต.ในเครือข่ายอำเภอปากพนังเข้า ร่วม 100 %	ปีงบประมาณ 2564	-จนท.กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์	

สต. เขต อำเภอบาง พันธ์		รพ.สต.ติดดาว - ประเมิน รพ.สต.ตามแผน -จัดเตรียม Inter lab compare เปรียบเทียบผล ระหว่าง รพ.สต. ปีละ 2 ครั้ง ได้แก่ DTX UPT Alb/sug				
------------------------------	--	---	--	--	--	--